







# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ Αρ. Φύλλου 122

5 Ιουνίου 1998


ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 162

(1)

Κανονισμός περίθαλψης Ταμείου Προνοίας Δικηγόρων Αθήνας.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 9 του ν.2042/92 (Α 75).

2. Τις διατάξεις των άρθρων 24 και 27 του ν.1558/85 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Οργανα» (Α 137).

3. Τις διατάξεις του π.δ/τος 372/1995 «Μεταφορά της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Υπουργείο Εργασίας (Α 201).

4. Την 80078/4-10-1996 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Β 924).

5. Τη σχετική απόφαση της Γενικής Συνέλευσης των μελών του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών, που έλαβε κατά τη συνεδρίαση της 9ης Οκτωβρίου 1997.

6. Τη γνώμη του Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφαλίσεως που διατυπώθηκε στην 25η/6-11-97 συνεδρίαση της ΚΘ' περιόδου.

7. Την αναλογιστική μελέτη του Ιουνίου 1995 καθώς και τα από 22-10-1997 αποτελέσματα αναλογιστικής μελέτης της Δ/νσης Αναλογιστικών Μελετών της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που έγινε κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 71 του ν.2084/92 (Α 165).

8. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Ταμείου Προνοίας Δικηγόρων Αθηνών 132.000.000 δραχμών ετησίως, η οποία θα καλυφθεί από τη είσπραξη του πόρου που θεσπίστηκε με την παρ. 2 του ν.2521/97 (Α 174) καθώς και από την προβλεπόμενη, από τα άρθρα 35 και 55 του ν.2084/92, αύξηση των εισφορών.

9. Την 114/1998 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας μετά από πρόταση του Υφυπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

Την κατάρτιση Κανονισμού Περίθαλψης στο Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Αθήνας.

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΑΘΗΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Άρθρο 1

Ασφαλισμένοι του Ταμείου

1. Στο Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Αθήνας ασφαλίζονται για παροχές ασθένειας τα εξής πρόσωπα:

α) Οι νόμιμα διορισμένοι δικηγόροι, που έχουν εγγραφεί στα μητρώα του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών και του Ταμείου Νομικών και ασκούν ενεργά και αποκλειστικά το δικηγορικό λειτούργημα κατά τις κείμενες διατάξεις και διατηρούν την επαγγελματική τους εγκατάσταση στην περιφέρεια του Πρωτοδικείου Αθήνας.

β) Οι ασκούμενοι δικηγόροι, που έχουν εγγραφεί στα αντίστοιχα μητρώα του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών και στο Ταμείο Νομικών, εφόσον το ζητήσουν.

γ) Οι συνταξιούχοι δικηγόροι, που είναι κατά τη συνταξιοδότησή τους μέλη του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών, έχουν εκπληρώσει τις υποχρεώσεις τους στο Τ.Π.Δ.Α. και συνταξιοδοτήθηκαν από το Ταμείο Νομικών καθώς και οι συνταξιούχοι δικηγόροι που άσκησαν το δικηγορικό λειτούργημα στην Κωνσταντινούπολη ή την Αίγυπτο, εγκαταστάθηκαν στην Αθήνα και συνταξιοδοτήθηκαν από το Ταμείο Νομικών, εφόσον δεν ασφαλίζονται σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

δ) Οι συνταξιούχοι λόγω θανάτου ασφαλισμένου ή συνταξιούχου του Ταμείου Νομικών που ήταν ασφαλισμένοι στο Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Αθήνας, εφόσον δεν ασφαλίζονται σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

ε) Ο/η διαζευγμένος σύζυγος άμεσα ασφαλισμένου, ο οποίος δεν εργάζεται και δεν δικαιούται ασφαλίσεως σε οποιονδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα, δικαιούται να ασφαλισθεί στο Ταμείο και μόνο ως προς τις σε είδος παροχές ασθένειας με τις προϋποθέσεις του άρθρου 30 του ν. 1469/84.

στ) Τα μέλη οικογένειας των αναφερομένων στα υπό στοιχεία α, β, γ προσώπων της παραγράφου αυτής.

2. Ως μέλη οικογένειας, θεωρούνται:

α. Ο/η σύζυγος, εφόσον δεν εργάζεται και δεν είναι ασφαλισμένος/η σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

β. Τα άγαμα παιδιά (νόμιμα, αναγνωρισθέντα, υιοθετηθέντα, προγονοί) μέχρι τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους και εάν μεν είναι άνεργα μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους της ηλικίας τους, εάν δε σπουδάζουν (σε αναγνωρισμένες από το Κράτος ανώτατες και ανώτερες σχολές) στην Ελλάδα ή στην αλλοδαπή σε όλη

τη διάρκεια των σπουδών τους, όχι όμως πέρα από τη συμπλήρωση του 26ου έτους της ηλικίας τους και με την προϋπόθεση ότι είναι άνεργα και δεν έχουν δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Τα ανάπηρα και ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν συνταξιοδοτούνται και δεν έχουν δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

γ. Η μητέρα και ο πατέρας καθώς και οι θετοί γονείς.

δ. Αγαμοι εγγονοί και αδελφοί, ορφανοί από μητέρα και πατέρα μέχρι την ενηλικίωσή τους.

3. Τα πρόσωπα που αναφέρονται στις περιπτώσεις γ΄ και δ΄ της προηγούμενης παραγράφου θεωρούνται μέλη οικογένειας ασφαλισμένου ή συνταξιούχου, εφόσον αποδεδειγμένα η συντήρηση αυτών βαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν δικαιούνται ασφάλιση από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν τη συντήρηση καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

4. Τα δικαιολογητικά για την εγγραφή στο Ταμείο ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ.

Άρθρο 2
Προϋποθέσεις χορήγησης παροχών

1. Δικαιούνται να λάβουν παροχές ασθένειας οι κατά το άρθρο 1 του παρόντος ασφαλισμένοι, εφόσον :

α) Εχουν εγγραφεί στο μητρώο του Ταμείου και προκειμένου περί εμμέσως ασφαλισμένων, εφόσον έχουν αναγνωρισθεί και εγγραφεί. Η εγγραφή γίνεται μετά από αίτηση του άμεσα ασφαλισμένου. Τα αναγκαία δικαιολογητικά εγγραφής καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

β) Εχουν εκπληρώσει έναντι του Ταμείου όλες τις κατά το νόμο οικονομικές τους υποχρεώσεις.

γ) Εχει εκδοθεί ασφαλιστικό βιβλιάριο. Η ισχύς του βιβλιαρίου είναι ετήσια και απαιτείται θεώρηση του κάθε χρόνο.

2. Η ασφαλιστική κάλυψη του ασφαλισμένου αρχίζει από την ημέρα που θα υποβληθεί η αίτησή του για εγγραφή στο μητρώο του Ταμείου ή της αίτησης για αναγνώριση και εγγραφή του έμμεσα ασφαλισμένου μέλους.

Ειδικά για τα πρόωρα ή τα νεογέννητα παιδιά παρέχεται το δικαίωμα ασφάλισής τους στο Ταμείο από τη γέννησή τους, εφόσον ο ασφαλισμένος υποβάλλει τη σχετική αίτηση αναγνώρισης και εγγραφής το αργότερο μέσα σε 2 μήνες από τη γέννηση.

3. Οι ασφαλισμένοι του Ταμείου που τελούν σε νόμιμη αναστολή δικαιούνται την παρεχόμενη περίθαλψη, εφόσον έχουν καταβάλει την προβλεπόμενη από τις διατάξεις του καταστατικού του Ταμείου εισφορά αναγνωρίσεως του χρόνου της νομίμου αναστολής, μέχρι του χρόνου της αιτουμένης παροχής.

4. Οι δικηγόροι ασφαλισμένοι του Ταμείου, που παραιτούνται του λειτουργήματος, δικαιούνται περίθαλψης για το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από της παραίτησής τους και της διαγραφής τους από το μητρώο του Ταμείου και μέχρι της επανεγγραφής τους και συνταξιοδοτήσεώς τους από το Ταμείο Νομικών Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να προσκομίσουν : α) υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86 ότι έχουν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης και β) βεβαίωση του Ταμείου Νομικών ότι έχουν καταθέσει τα δικαιολογητικά για σύνταξη και γίνονται κρατήσεις για το Τ.Π.Δ.Α.

Άρθρο 3
Διαγραφή ασφαλισμένου

1. Η οριστική διαγραφή από το Δικηγορικό Σύλλογο Αθήνας αμέσου ασφαλισμένου συνεπάγεται την αυτόματη διαγραφή του ιδίου και των εμμέσων μελών από την ασφάλιση του Ταμείου.

2. Διακόπτεται η ασφάλιση των εμμέσων ασφαλισμένων όταν συντρέχει περίπτωση γάμου, ανάληψης εργασίας ή ασφάλισης σε άλλο φορέα, μη καταβολής της ετήσιας εισφοράς του αμέσου ασφαλισμένου, διάζευξης (εκτός από την περίπτωση διαζευγμένου ή της συζύγου που μπορεί να συνεχίσει την ασφάλιση με τις προϋποθέσεις του άρθρου 30 του ν.1469/84), καθώς και της μη ανανέωσης εγγραφής του σπουδαστή.

Οποιαδήποτε μεταβολή των ανωτέρω πρέπει να δηλώνεται εγγράφως από τον ασφαλισμένο το αργότερο εντός διμήνου από τη μεταβολή.

Άρθρο 4
Παροχές του Ταμείου

Το Ταμείο παρέχει :

1. Παροχές σε είδος
α) ιατρική περίθαλψη-παρακλινικές εξετάσεις
β) νοσοκομειακή περίθαλψη
γ) οδοντιατρική περίθαλψη
δ) φαρμακευτική περίθαλψη
ε) πρόσθετη περίθαλψη
στ) ειδική περίθαλψη
ζ) βοήθημα τοκετού

2. Παροχές σε χρήμα
α) επίδομα κύησης και λοχείας
β) επίδομα ασθένειας
γ) έξοδα κηδείας
δ) συμμετοχή σε έξοδα παιδικών κατασκηνώσεων
ε) συμμετοχή σε έξοδα βρεφονηπιακών σταθμών

Άρθρο 5
Ιατρική περίθαλψη - Παρακλινικές εξετάσεις

1. Η ιατρική περίθαλψη συνίσταται στη χρησιμοποίηση των κατάλληλων ιατρικών βοηθημάτων και φροντίδων και τη διενέργεια των απαραίτητων παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών, για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των νόσων.

Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται στην έκταση που δικαιολογείται από τη σοβαρότητα κάθε περίπτωσης και επιτρέπουν τα διατιθέμενα επιστημονικά και τεχνικά-ιατρικά μέσα. Η ιατρική περίθαλψη πρέπει να είναι επαρκής χωρίς να υπερβαίνει το μέτρο του αναγκαίου.

2. Το Ταμείο παρέχει ιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους του μέσω του πολυϊατρείου του και των συμβεβλημένων με το Ταμείο ιατρών και εργαστηρίων.

3. Ο ασθενής-ασφαλισμένος, προκειμένου να μεταβεί σε συμβεβλημένο με το Ταμείο ιατρό ή εργαστήριο, ζητά από την αρμόδια υπηρεσία του Ταμείου, την έκδοση παραπεμπτικού για τον ιατρό της επιλογής του, από τον κατάλογο των συμβεβλημένων ιατρών και εργαστηρίων. Το χορηγούμενο παραπεμπτικό παραδίδεται στον ιατρό μετά την ενέργεια της εξέτασης ή θεραπείας, διαφορετικά σε περίπτωση μη πραγματοποίησης των ανωτέρω, επιστρέφεται αμέσως στο Ταμείο για ακύρωση.

Εξαιρετικά και σε επείγουσες περιπτώσεις είναι δυνατό κατά την κρίση της υγειονομικής υπηρεσίας να χορηγηθεί το παραπεμπτικό και μετά την πραγματοποίηση της εξέτασης ή θεραπείας.

Εφόσον για το ίδιο ιατρικό περιστατικό χρειασθούν περισσότερες επισκέψεις ή εξετάσεις στον ίδιο γιατρό ή εργαστήριο (πλέον των τριών μηνιαίως), ο ασφαλισμένος για να πάρει παραπεμπτικό για τις επιπλέον επισκέψεις χρειάζεται την προηγούμενη έγκριση του δ/ντή της υγειονομικής υπηρεσίας του Ταμείου.

Στο χορηγούμενο από το Ταμείο παραπεμπτικό, αναγράφεται και η καταβαλλόμενη από το Ταμείο στον συμβεβλημένο ιατρό αμοιβή για τη συγκεκριμένη ιατρική

πράξη. Η αμοιβή αυτή ανέρχεται στο ποσό που καθορίζει το, κάθε φορά, ισχύον κρατικό τιμολόγιο για τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη και την έχει εκ των προτέρων αποδεχθεί ο συμβεβλημένος ιατρός.

Για την πραγματοποίηση ακτινολογικών, μικροβιολογικών, ιστολογικών και λοιπών ειδικών εξετάσεων που δεν πραγματοποιούνται στο πολυϊατρείο του Ταμείου, απαιτείται εκτός από παραπεμπτικό και προέγκριση του Ταμείου.

4. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται από τους συμβεβλημένους ιατρούς του Ταμείου και στην οικία του ασθενούς-ασφαλισμένου, εφόσον η κατάσταση της υγείας του δεν του επιτρέπει να προσέλθει στο πολυϊατρείο του Ταμείου.

Εφόσον δεν είναι δυνατή η προηγούμενη λήψη από το Ταμείο του παραπεμπτικού για την αιτούμενη επίσκεψη του κληθέντος ιατρού κατ΄ οίκον, τούτο λαμβάνεται από τον ασφαλισμένο ή εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών.

5. Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει και κάθε απαραίτητη για τον ασθενή ειδική θεραπεία με τα αναγκαία χημικά ή μηχανικά μέσα, όπως ακτινοθεραπεία, ραδιοθεραπεία, ηλεκτροθεραπεία, φυσιοθεραπεία, λιθοτριψεία, κλπ. σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο, όχι όμως τη θεραπευτική αγωγή με βελονισμό.

Η φυσιοθεραπεία παρέχεται στους ασφαλισμένους μέχρι 2 φορές το χρόνο και μέχρι 10 συνεδρίες κάθε φορά, εκτός αν πρόκειται για έκτακτα περιστατικά, όπως τα τροχαία ατυχήματα που απαιτούν ειδική αποκατάσταση.

6. Σε έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις μπορούν οι ασφαλισμένοι του Ταμείου να προσφεύγουν σε ιατρούς, μη συμβεβλημένους με το Ταμείο. Σε αυτή την περίπτωση, υποχρεούνται μέσα σε 7 εργάσιμες μέρες να προσκομίσουν στην Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου την εντολή του ιατρού για έγκριση. Στους ασφαλισμένους αποδίδεται η προβλεπόμενη από το κρατικό τιμολόγιο δαπάνη.

7. Για όσες εξετάσεις γίνονται από τους ασφαλισμένους σε εξωτερικά εργαστήρια, ενώ μπορούν να πραγματοποιηθούν στο πολυϊατρείο του Ταμείου ή σε συμβεβλημένο εργαστήριο αποδίδεται η δαπάνη του κρατικού τιμολογίου με συμμετοχή του ασφαλισμένου 20%, εκτός εάν είναι κατεπείγουσες ή έγιναν εκτός περιοχής Αττικής ή όταν είναι αδύνατη η προσέλευση του ασθενή στο πολυϊατρείο, οπότε το Ταμείο καταβάλλει ολόκληρη τη δαπάνη που ορίζει το κρατικό τιμολόγιο μετά από αιτιολογημένη γνωμάτευση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου.

8. Προκειμένου για τη μαγνητική τομογραφία και λιθοτριψία, χρειάζεται έγκριση από την ειδική επιτροπή που συγκροτείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις.

Για μικροβιολογικές και ειδικές εξετάσεις και θεραπείες που γίνονται στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια των κρατικών νοσοκομείων, το Ταμείο αποδίδει στον ασφαλισμένο ολόκληρο το ποσό της δαπάνης.

9. Το Ταμείο καλύπτει :

α) για αντιαλλεργικές θεραπείες, τη δαπάνη που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο και με όριο μέχρι 30 ενέσεις το χρόνο.

β) για την εξωσωματική γονιμοποίηση των ασφαλισμένων δικηγόρων και των συζύγων τους τη δαπάνη που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο και μόνο μέχρι δύο φορές το χρόνο.

Η δαπάνη καταβάλλεται μετά το πέρας του συνόλου των ιατρικών πράξεων και με την υποχρεωτική προσκόμιση όλων των δικαιολογητικών των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν εντός του έτους και κατόπιν γνωματεύσεως της υγειονομικής υπηρεσίας του Ταμείου. Η δαπάνη είναι εκτός του ποσού της ετήσιας τακτικής πιστώσεως του μέλους.

γ) την προληπτική ιατρική, που περιλαμβάνει εξετάσεις και δοκιμασίες για την έγκαιρη διάγνωση, την αναζήτηση και τον έλεγχο διαφόρων νοσηρών καταστάσεων ή παθήσεων των ασφαλισμένων και την λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσής τους ή την αποτροπή της μετάδοσής τους.

10. Απαγορεύεται από τους συμβεβλημένους ιατρούς και εργαστήρια επί ποινή διαγραφής η είσπραξη χρηματικού ποσού από το μέλος του Ταμείου για οποιαδήποτε αίτια, δεδομένου ότι, με την παράδοση του παραπεμπτικού, ο ιατρός λαμβάνει από το Ταμείο την συμφωνημένη αμοιβή του για την παρεχόμενη στον ασφαλισμένο ιατρική υπηρεσία.

11. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, ιατροί, εργαστήρια και κλινικές δύνανται να συμβάλλονται με το Ταμείο για την παροχή ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων με ειδικές εκπτώσεις.

12. Για όσες εξετάσεις δεν μπορούν να γίνουν στο Ταμείο ορίζεται ετήσιο όριο πίστωσης 100.000 δρχ. για τον ασφαλισμένο και 70.000 δρχ. για το κάθε μέλος της οικογένειάς του.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις με απόφαση του Δ.Σ. και ύστερα από γνωμάτευση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου μπορεί να εγκριθεί και μία νέα πίστωση.

13. Οι ετήσιες ειδικές πιστώσεις, ανέρχονται στα εξής ποσά :

α) 50.000 δρχ. για ιατρικές επισκέψεις του άμεσα ασφαλισμένου σε συμβεβλημένους ή εξωτερικούς ιατρούς.

β) 30.000 δρχ. για το μέλος οικογένειας ασφαλισμένου.

14. Όλα τα παραπάνω ποσά αναπροσαρμόζονται ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Κοιν.Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

### Άρθρο 6
### Νοσοκομειακή περίθαλψη

1. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στα εξής νοσηλευτικά ιδρύματα :

α) νοσηλευτικά ιδρύματα του ν.δ.2592/1953

β) κρατικά θεραπευτήρια

γ) νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

δ) συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.

2. Για την εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα απαιτείται γνωμάτευση γιατρού για την ανάγκη εισαγωγής σε αυτό και έγκριση από την Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου.

Παράλληλα ο ασφαλισμένος υποχρεούται, κατά την ημέρα της εισαγωγής του να παραλάβει από το Ταμείο εγγυητική επιστολή. Η εγγυητική επιστολή εκδίδεται εφόσον είναι τακτοποιημένες όλες οι οφειλές του στο Ταμείο.

Εξαιρετικά για τα έκτακτα περιστατικά εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα και εφόσον είναι πιθανό από ενδεχόμενη καθυστέρηση να προκύψει κίνδυνος της υγείας, ο ασφαλισμένος υποχρεούται εντός τριών εργασίμων ημερών από της εισαγωγής του να παραλάβει την εγγυητική επιστολή από το Ταμείο. Σε περίπτωση τυχόν αδυναμίας παραλαβής της εντός της ανωτέρω προθεσμίας, οφείλει να ειδοποιήσει το Ταμείο εντός προσθέτου προθεσμίας 2 ημερών. Παράληψη της εμπρόθεσμης αναγγελίας έχει ως συνέπεια την κάλυψη των δαπανών νοσηλείας μόνο από την ημέρα της αναγγελίας. Σε κάθε περίπτωση ο ασφαλισμένος οφείλει να παραλάβει την εγγυητική επιστολή πριν την έξοδό του από το νοσηλευτικό ίδρυμα.

3. Ο άμεσα ασφαλισμένος νοσηλεύεται σε Α΄ θέση κρατικού νοσοκομείου ή συμβεβλημένης ιδιωτικής κλινικής και μέχρι 3 μήνες ετησίως. Μετά την πάροδο του 3μήνου συνεχίζεται η νοσηλεία στη ΒΑ θέση και μέχρι ένα τρίμηνο, ύστερα από γνωμάτευση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου.

Οι έμμεσα ασφαλισμένοι νοσηλεύονται σε ΒΑ θέση για τα παραπάνω χρονικά διαστήματα.

Μετά την πάροδο του εξαμήνου μπορεί να συνεχιστεί η νοσηλεία σε ΒΑ θέση και με συμμετοχή του ασφαλισμένου 40% και ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. και γνωμάτευση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου. Μετά το δεύτερο εξάμηνο εφόσον εξακολουθεί συνεχώς νοσηλευόμενος παραπέμπεται υποχρεωτικά στην αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή του Ταμείου Νομικών, η οποία αποφαίνεται περί της ικανότητάς του ή μη προς εργασία και για το τυχόν ποσοστό αναπηρίας του. Σε αυτή την περίπτωση το Διοικητικό Συμβούλιο αφού εξετάσει τα πρακτικά, το φάκελλο νοσηλείας, τη γνωμάτευση του Δ/ντή κρατικού νοσοκομείου της ειδικότητας της πάθησης του ασφαλισμένου και τη γνωμάτευση της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής, αποφασίζει περαιτέρω.

Η νοσηλεία στα δημόσια ψυχιατρεία και τις συμβεβλημένες νευροχ/κές κλινικές παρέχεται στη Γ' θέση απεριόριστα. Για τους νοσηλευόμενους σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές το Ταμείο δεν καταβάλλει ποσά πλέον του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου της Γ' θέσης κρατικού νευροψυχιατρικού νοσοκομείου.

4. Για τη νοσηλεία τόσο σε κρατικά νοσοκομεία όσο και σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές εφαρμόζεται το ισχύον κρατικό τιμολόγιο.

Σε περίπτωση νοσηλείας του ασθενή σε κλινική που δεν έχει συμβληθεί με το Ταμείο, καταβάλεται η δαπάνη που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο για την ΒΑ' θέση σε κρατικό θεραπευτήριο και για τα χρονικά διαστήματα που προβλέπονται από την παράγραφο 3.

Δεν αναγνωρίζονται από το Ταμείο ιδιαίτερες αμοιβές εξωτερικών ιατρών που καλούνται προς εξέταση ασφαλισμένων ασθενών σε νοσοκομείο ή κλινική.

5. Σε απολύτως απαραίτητες περιπτώσεις, όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα και έχει ανάγκη αποκλειστικής νοσοκόμας, το Ταμείο αποδίδει για μία μόνο βάρδια (8ωρο) το 24ωρο και μέχρι 40 βάρδιες το χρόνο την καθορισμένη αμοιβή, η οποία δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερη από το ποσό που προσδιορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας δεν δικαιολογείται στα χρόνια περιστατικά, καθώς και στα περιστατικά νοσηλείας στο σπίτι.

6. Ειδικά στην περίπτωση βλάβης του ανοσοποιητικού συστήματος (AIDS) και στην ιατρικά βεβαιωμένη και ενδεδειγμένη θεραπεία τοξικομανούς, το Ταμείο συμμετέχει στις δαπάνες νοσηλείας και θεραπείας, σε νοσοκομείο ή σε συμβεβλημένη νευροψυχιατρική κλινική για χρονικό διάστημα μέχρι 2 έτη με βάση το εκάστοτε ισχύον κρατικό τιμολόγιο. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που επιβάλλεται η συνέχιση της θεραπείας μέσα στο θεραπευτήριο και κατόπιν αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης της Υγειονομικής Επιτροπής του Ταμείου, το Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να παρατείνει τη νοσηλεία πέραν της διετίας.

7. Οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται μετά την έξοδό τους από νοσοκομείο ή κλινική να προσκομίσουν εξιτήριο ή δήλωση για την ακριβή διάρκεια της νοσηλείας τους και μόνο τότε τους επιστρέφεται το βιβλιάριο ασθενείας που έχουν καταθέσει στο Ταμείο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

8. Σε περίπτωση τοποθέτησης :

α) βηματοδότη καρδιάς, το Ταμείο καλύπτει μέχρι το ποσό του 1.000.000 δρχ. Πέραν του ποσού αυτού συμμετέχει και το Ταμείο με ποσοστό 50% και μέχρι του ποσού των 3.000.000 δρχ.

Για ποσό πέραν των 3.000.000, η δαπάνη βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο.

β) βαλβίδας, το Ταμείο καταβάλλει το 80% της αξίας της και μέχρι του ποσού των 300.000 δρχ. Για τα υλικά εξωσωματικής κυκλοφορίας που θα απαιτηθούν για την τοποθέτηση βαλβίδας, το Ταμείο καταβάλλει το 80% της αξίας τους και μέχρι του ποσού του 1.500.000 δρχ.

γ) υλικών οστεοσύνθεσης, το Ταμείο καταβάλλει μέχρι 500.000 δρχ. Πέραν του ποσού αυτού το Ταμείο καταβάλει το 40% της δαπάνης και μέχρι του ποσού των 2.000.000 δρχ.

δ) ενδοφακού, το Ταμείο καταβάλλει το 80% της αξίας του.

9. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνονται και αποδίδονται επίσης :

α) για τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων οργάνων και ιστών, εφόσον γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία το σύνολο της δαπάνης και μέχρι του ποσού των 4.000.000 δρχ.

β) για υλικά μιας χρήσης που χρησιμοποιούνται σε ειδικές επεμβάσεις οι δαπάνες καταβάλλονται στο σύνολό τους όχι όμως πέρα των 300.000 δρχ.

γ) για βαλβίδες, κλίπς εγκεφάλου καταβάλλονται οι δαπάνες στο σύνολό τους και μέχρι του ποσού των 200.000 δρχ.

Τα ποσά και ποσοστά που αναφέρονται στο άρθρο αυτό αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

δ) οι δαπάνες μεταφοράς του ασφαλισμένου με ειδικό ασθενοφόρο οδικώς, αεροπορικώς ή ακτοπλοϊκώς, εφόσον δεν είναι δυνατή η νοσηλεία σε θεραπευτήριο ή η παροχή των απαιτούμενων ιατρικών φροντίδων και γενικώς της απαιτούμενης ιατρικής περίθαλψης στον τόπο διαμονής σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Η ανάγκη μεταφοράς αποδεικνύεται με ειδική ιατρική γνωμάτευση, όπου αναφέρεται το είδος της ασθένειας και ο λόγος διακομιδής και εγκρίνεται από την υγειονομική υπηρεσία του Ταμείου. Το σύνολο της δαπάνης αποδίδεται μετά από αίτηση του ασφαλισμένου με την προσκόμιση της σχετικής απόδειξης.

Το Ταμείο καλύπτει τα έξοδα μετάβασης και επιστροφής των νεφροπαθών με ταξί από την κατοικία τους στο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση σε τεχνητό νεφρό. Για συνεχείς μετακινήσεις αποδίδεται η παραπάνω δαπάνη ύστερα από έγκριση του δ/ντή και θεώρηση από την Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου.

## Άρθρο 7
## Νοσηλεία στο εξωτερικό

1. Οι ασφαλισμένοι του Ταμείου δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση της Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής, εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις, που ορίζονται στις εκάστοτε Υπουργικές Αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (Α 217).

2. Το Ταμείο συμμετέχει στη δαπάνη της νοσηλείας των ασφαλισμένων στο εξωτερικό με ποσοστό 70%. Πάντως η συμμετοχή του Ταμείου δεν μπορεί να ξεπερνά το ποσό των 4.000.000 δρχ., συμπεριλαμβανομένων και των μεταμοσχεύσεων.

Σε περίπτωση επανειλημμένων μεταβάσεων του ασφαλισμένου στο εξωτερικό για την ίδια αιτία το συνολικό ποσό συμμετοχής του Ταμείου δεν μπορεί να υπερβεί τα 8.000.000 δρχ. για μια τριετία.

Από τα παραπάνω εξαιρούνται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες έχει χορηγηθεί στον ασφαλισμένο το προβλεπόμενο από τις διατάξεις των κοινοτικών κανονισμών έντυπο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ενωσης, οπότε καταβάλλεται ολόκληρο το δαπανηθέν ποσό.

Το νοσήλιο καταβάλλεται μόνο για όσες ημέρες ο ασθενής νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο ή κλινική του εξωτερικού.

Το Ταμείο καταβάλλει επιπλέον :

α) Τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής του ασθε-

νούς, του δότη και του τυχόν συνοδού του, εφόσον η παρουσία του έχει κριθεί αναγκαία από την Ειδική Υγειονομική Επιτροπή.

β) Πάγιο ημερήσιο ποσό για έξοδα διαμονής και διατροφής εκτός θεραπευτηρίου και μέχρι 10 ημέρες για τον ασθενή, το δότη και τον τυχόν συνοδό, το οποίο καθορίζεται στην αρχή κάθε έτους, με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και μπορεί να είναι διαφορετικό κατά χώρα ή ομάδα χωρών.

γ) Τις δαπάνες που έγιναν εκτός θεραπευτηρίου για τη δάγνωση της πάθησης ή την ολοκλήρωση της θεραπείας, εφόσον κρίθηκαν απαραίτητες και πραγματοποιήθηκαν με σύσταση του θεραπευτηρίου που ανέλαβε τη νοσηλεία του ασθενούς, με βάση το εδώ κρατικό τιμολόγιο περί ιατρικών και λοιπών παρακλινικών εξετάσεων, προσαυξημένες μέχρι το τριπλάσιο.

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος ευρίσκεται στο εξωτερικό και νοσηλευτεί λόγω βίαιου και αιφνίδιου συμβάντος το Ταμείο καταβάλλει μόνο τις δαπάνες νοσηλείας ύστερα από γνωμάτευση της ειδικής υγειονομικής επιτροπής.

3. Για την απόδοση της δαπάνης νοσηλίων στο εξωτερικό πρέπει να προσκομίζονται τα εξής δικαιολογητικά :

– αίτηση του ασφαλισμένου

– τα πρωτότυπα των αποδείξεων είσπραξης του θεραπευτηρίου που νοσηλεύτηκε ο ασθενής, θεωρημένα από την αρμόδια αρχή.

– τα πρωτότυπα των αποδείξεων είσπραξης των ιατρικών αμοιβών

– αναλυτικός λογαριασμός του ποσού που καταβλήθηκε για τη νοσηλεία, από τον οποίο να προκύπτει απαραίτητα, εκτός από τις παρακλινικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις και η διάρκεια παραμονής στο θεραπευτήριο.

– γνωμάτευση-έκθεση του προϊσταμένου του θεραπευτηρίου για το είδος της πάθησης και της θεραπευτηρικής αγωγής που εφαρμόσθηκε.

– θεώρηση όλων των δικαιολογητικών που προσκομίζονται από το πλησιέστερο ελληνικό προξενείο, αν είναι εφικτό ή από αρμόδια δημόσια αρχή του εξωτερικού.

– επίσημη μετάφραση των πιο πάνω δικαιολογητικών ή μετάφραση υπογεγραμμένη από δικηγόρο.

4. Οι δαπάνες νοσηλείας στο εξωτερικό καταβάλλονται ή απευθείας στο θεραπευτήριο ή μέσω της αρμόδιας προξενικής αρχής ή στον ίδιο τον ασφαλισμένο, εφόσον έχουν καταβληθεί από αυτόν.

Είναι δυνατό να δοθεί μέρος των πιθανολογούμενων δαπανών νοσηλείας από προτιμολόγιο του θεραπευτηρίου, εφόσον είναι απαραίτητα για την εισαγωγή του ασθενή στο συγκεκριμένο θεραπευτήριο. Η προκαταβολή αυτή είναι δυνατό να δοθεί με μορφή τραπεζικής επιταγής προς το θεραπευτήριο ή προς τον αρμόδιο πρόξενο.

Εάν εγκριθεί νοσηλεία περισσότερη από ένα μήνα, είναι δυνατό να δοθεί νέα ανάλογη προκαταβολή με την υποβολή των δικαιολογητικών δαπάνης για το προηγούμενο χρονικό διάστημα όλου ή μέρους αυτού.

Το Ταμείο χορηγεί προκαταβολικά την αξία των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς, του δότη και του τυχόν συνοδού.

## Άρθρο 8
## Οδοντιατρική περίθαλψη

1. Το Ταμείο παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους στο πολυϊατρείο του χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη. Η αξία των ευγενών μετάλλων βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο.

2. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται στους ασφαλισμένους να μεταβαίνουν σε ιδιώτες οδοντιάτρους για την εκτέλεση των οδοντιατρικών εργασιών.

Οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται πριν από την έναρξη των οδοντιατρικών εργασιών να προσκομίσουν στην οδοντιατρική υπηρεσία του Ταμείου γνωμάτευση του θεράποντα οδοντιάτρου και να προσέλθουν για την αρχική έγκριση (προέλεγχο). Μετά το πέρας των εργασιών αυτών υποχρεούνται να προσέλθουν στην οδοντιατρική υπηρεσία του Ταμείου για (τελική έγκριση) τον έλεγχο των εκτελεσθέντων πλέον οδοντιατρικών εργασιών.

Οι εκτελεσθείσες εργασίες κοστολογούνται από την οδοντιατρική υπηρεσία του Ταμείου, σύμφωνα με το εκάστοτε ισχύον τιμολόγιο του Δημοσίου και καταβάλλεται η δαπάνη στον ασφαλισμένο με την προσκόμιση της απόδειξης-δελτίου παροχής υπηρεσιών του εκτελέσαντος τις εργασίες οδοντίατρου.

Τα οδοντιατρεία του Ταμείου εκτελούν ολόκληρη την κλίμακα οδοντιατρικών εργασιών πλην των μερικών (μεταλλικών και θερμοπλαστικών) οδοντοστοιχιών που γίνονται εκτός Ταμείου. Για τις μερικές μεταλλικές οδοντοστοιχίες δε συμμετέχει στην δαπάνη ο ασφαλισμένος, ενώ στις μερικές πλαστικές οδοντοστοιχίες συμμετέχει και ο ασφαλισμένος και καταβάλλει τη διαφορά μεταξύ πλαστικής και μεταλλικής μερικής οδοντοστοιχίας.

3. Τα χρησιμοποιούμενα από το Ταμείο υλικά είναι αυτά τα οποία έχουν εγκριθεί ύστερα από δημόσιο μειοδοτικό διαγωνισμό. Εάν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να χρησιμοποιηθούν άλλα υλικά αντί των εγκεκριμένων από το διαγωνισμό και εφόσον η υπηρεσία δύναται να εργασθεί με τα υλικά αυτά, ο ασφαλισμένος βαρύνεται με τη σχετική δαπάνη της προμήθειας αυτών των υλικών.

4. Η τοποθέτηση ολικών οδοντοστοιχιών επιτρέπεται μία φορά κάθε τριετία. Ο ασφαλισμένος συμμετέχει με 10.000 δρχ. για κάθε οδοντοστοιχία.

Κατ' εξαίρεση είναι δυνατό να εγκριθεί η τοποθέτηση νέας οδοντοστοιχίας και πριν την παρέλευση τριετίας με απόφαση του Δ.Σ. και μετά από προηγούμενη γνωμάτευση της οδοντιατρικής υπηρεσίας του Ταμείου, από την οποία να προκύπτει ότι είναι απαραίτητη η άμεση τοποθέτηση νέας οδοντοστοιχίας λόγω αχρηστεύσεως της παλιάς.

5. Η πίστωση για οδοντιατρικές εργασίες σε εξωτερικούς οδοντιάτρους ανέρχεται ετησίως μέχρι 90.000 δρχ. για κάθε ασφαλισμένο πρόσωπο και για κάθε επί μέρους εργασία, καταβάλλονται οι τιμές που προβλέπονται στο εκάστοτε ισχύον κρατικό τιμολόγιο.

6. Το Ταμείο συμμετέχει στη δαπάνη για ορθοδοντική εργασία των παιδιών των ασφαλισμένων μέχρι ηλικίας 18 ετών, ύστερα από προέλεγχο και γνωμάτευση του θεράποντος ορθοδοντικού. Το Ταμείο καταβάλλει για ακίνητα μηχανήματα άνω και κάτω γνάθου 80.000 δρχ. Μετά το πέρας των εργασιών και τον τελικό έλεγχο αυτών από την οδοντιατρική υπηρεσία, καταβάλλονται άλλες 80.000 δρχ.

Η απόδοση των χρημάτων γίνεται ύστερα από αίτηση του ασφαλισμένου, στην οποία επισυνάπτεται η γνωμάτευση του θεράποντος ορθοδοντικού καθώς και η απόδειξη καταβολής-δελτίο παροχής υπηρεσιών-του ορθοδοντικού.

7. Όλα τα χρηματικά ποσά που αναφέρονται στο παρόν άρθρο αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση από του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

## Άρθρο 9
## Φαρμακευτική Περίθαλψη

1. Το Ταμείο παρέχει στους δικαιούχους περίθαλψης τα αναγκαία για την αποκατάσταση της υγείας τους και της ικανότητας για εργασία ή για ανακούφιση από τη νοσηρή κατάστασή τους φάρμακα και τις αναγκαίες ουσίες για τη

διάγνωση της νόσου, μέχρι του ποσού που είναι ενδεδειγμένο σε κάθε περίπτωση, εφόσον τα πιο πάνω φάρμακα, ιδιοσκευάσματα κυκλοφορούν νόμιμα στην Ελλάδα.

Κατ' εξαίρεση μπορεί να αποδοθεί στον ασφαλισμένο η δαπάνη αγοράς ιδιοσκευάσματος αναγνωρισμένης θεραπευτικής αξίας, που θεωρείται αναντικατάστατο και που δεν είναι εγκεκριμένο από τον ΕΟΦ, εφόσον έχει κριθεί απαραίτητο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της πάθησης, για την οποία συνιστάται από τον θεράποντα ιατρό. Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την απόδοση της δαπάνης καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου. Σε αυτή την περίπτωση το Ταμείο αποδίδει ποσοστό 50% επί της αξίας τους.

Τα φάρμακα χορηγούνται κατόπιν συνταγής του θεράποντα ιατρού και θεώρησης από την Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου. Η θεώρηση γίνεται το αργότερο μέσα σε 7 εργάσιμες μέρες από την ημερομηνία έκδοσης της συνταγής. Οι συνταγές καταχωρούνται στο ειδικό συνταγολόγιο που υπάρχει σε κάθε ασφαλιστικό βιβλιάριο και εκτελούνται από όλα τα φαρμακεία της χώρας.

Τα πάσης φύσεως ψυχοφάρμακα χορηγούνται μετά από έγκριση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου και συνταγής ιατρού, ειδικότητας ψυχιάτρου-νευρολόγου.

Σε επείγουσες περιπτώσεις, όταν η υγεία του ασθενή μπορεί να υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη, δύναται ο ασφαλισμένος να εκτελέσει τη συνταγή του ιατρού χωρίς θεώρηση. Στην περίπτωση αυτή, ο ασφαλισμένος υποχρεούται να προσκομίσει εκ των υστέρων το συνταγολόγιο, στο οποίο αναγράφεται από την Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου το αγορασθέν φάρμακο. Για να αποδοθεί η δαπάνη της αγοράς του φαρμάκου ο ασφαλισμένος υποχρεούται το αργότερο εντός 25 ημερών από την ημερομηνία αγοράς του φαρμάκου αυτού να προσκομίσει στην υπηρεσία του Ταμείου, τα εξής δικαιολογητικά:

α) ιατρική γνωμάτευση, στην οποία να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και η ασθένεια αυτού.

β) την ταινία γνησιότητας της συσκευασίας του φαρμάκου.

γ) την απόδειξη της αγοράς του φαρμάκου.

2. Το Ταμείο χορηγεί τα φάρμακα στους ασφαλισμένους του σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν.1902/90 (Α 138) και του άρθρου 26 του ν.2072/92 (Α 25) και τις κατ' εξουσιοδότηση αυτών εκδοθείσες Υπουργικές Αποφάσεις, όπως ισχύουν κάθε φορά.

3. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα χορηγούνται εφόσον είναι εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ. Σε αντίθετη περίπτωση χορηγείται η αξία των φαρμακευτικών ουσιών που τα αποτελούν, σύμφωνα με την κοστολόγηση του Δημοσίου.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να πρόκειται για θεραπευτικό και όχι για καλωπιστικό σκεύασμα.

Δεν αποδίδονται δαπάνες για φάρμακα που χρησιμοποιούνται για ανάπτυξη τριχοφυΐας ενηλίκων ατόμων.

4. Τα περιτοναϊκά διαλύματα και σκευάσματα για φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, χορηγούνται δωρεάν.

5. Η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης ενεργείται βάσει ετήσιας πίστωσης, η οποία ανέρχεται μέχρι του ποσού των 200.000 δρχ. επί της ονομαστικής αξίας των φαρμάκων προκειμένου περί αμέσων ασφαλισμένων. Η παραπάνω πίστωση αυξάνεται μέχρι του ποσού των 300.000 δρχ., εφόσον στο Ταμείο ασφαλίζονται και μέλη της οικογένειας του αμέσως ασφαλισμένου, ενώ για τις πολύτεκνες οικογένειες το ποσό της πίστωσης ανέρχεται στις 400.000 δρχ.

Σε περίπτωση που λόγω σοβαρότητας της πάθησης δεν επαρκεί η ανωτέρω πίστωση είναι δυνατό να αυξηθούν τα παραπάνω ποσά και μέχρι μία πίστωση ακόμη, ύστερα από γνωμάτευση της Υγειονομικής Υπηρεσίας και απόφασης του Δ.Σ. του Ταμείου.

Τα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και αυτά που χορηγούνται δωρεάν από τα κρατικά νοσοκομεία δεν περιλαμβάνονται στις πιο πάνω πιστώσεις.

Όλα τα ποσά του παρόντος άρθρου αναπροσαρμόζονται απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

## Άρθρο 10
## Πρόσθετη Περίθαλψη

Το Ταμείο χορηγεί στους ασφαλισμένους του, μετά από γνωμάτευση ιατρού του Πολυϊατρείου ή συμβεβλημένου ιατρού της ειδικότητας της παθήσεως και σχετική έγκριση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου, τα εγκεκριμένα συμβατικά προσθετικά θεραπευτικά μέσα και όργανα, τα οποία κρίνονται αναγκαία για την αποκατάσταση, βελτίωση ή ανακούφιση, μετά από βλάβη του σώματος ή της υγείας.

Οι ασφαλισμένοι δικαιούνται παροχές πρόσθετης περίθαλψης σύμφωνα με τα παρακάτω :

1. Παρέχεται πίστωση για κάθε άμεσα ασφαλισμένο μέχρι 30.000 δρχ. για αγορά διορθωτικών γυαλιών όρασης ή για φακούς επαφής κάθε 3 χρόνια.

Το ανωτέρω ποσό επιμερίζεται μέχρι 20.000 δρχ. για σκελετό και μέχρι 10.000 δρχ. για κρύσταλλα. Ο άμεσα ασφαλισμένος μπορεί να πάρει ένα ζευγάρι γυαλιών ή φακών επαφής για μακρυά ή για κοντά.

Παρέχεται πίστωση σε κάθε έμμεσα ασφαλισμένο μέχρι 20.000 δρχ. για αγορά διορθωτικών γυαλιών όρασης ή φακών επαφής. Ο ασφαλισμένος δικαιούται ένα ζευγάρι γυαλιά για μακρυά ή για κοντά.

Το ποσό επιμερίζεται σε 10.000 δρχ. για αγορά σκελετού και μέχρι 10.000 δρχ. για αγορά φακών. Η πίστωση παρέχεται κάθε 3 χρόνια.

Πριν από την πάροδο των 3 χρόνων και εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένη αλλαγή στην όραση του ασφαλισμένου είναι δυνατή η κάλυψη της δαπάνης και μέχρι του ποσού των 10.000 δρχ.

Για τη χορήγηση όλων των πιο πάνω πιστώσεων απαιτείται συνταγή θεράποντος οφθαλμιάτρου με τα ακριβή στοιχεία μέτρησης της όρασης, θεωρημένη από τον οφθαλμίατρο του Ταμείου και απόδειξη του οπτικού καταστήματος που να αναγράφει αναλυτικά το ποσό της αξίας των κρυστάλλων, του σκελετού ή των φακών και το όνομα του ασφαλισμένου.

2. Παρέχεται ετήσια πίστωση μέχρι 30.000 δρχ. στα μέλη του Ταμείου για την προμήθεια των αναγκαίων ορθοπεδικών υποδημάτων, βοηθημάτων, κηλεπιδέσμων και λοιπών ορθοπεδικών εφαρμογών. Για τα παραπάνω είδη αποδίδεται το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά από τον πίνακα τιμών και ορθοπεδικών ειδών του Ε.Ι.Α.Α. που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Ειδικά για τα ανήλικα μέλη του Ταμείου και λόγω της φυσικής σωματικής αναπτύξεως δεν ισχύει περιορισμός της αντικαταστάσεως σε ετήσια βάση, όσον αφορά τα υποδήματα και τα πέλματα.

Παρέχεται επίσης πίστωση μέχρι 200.000 δρχ. για την προμήθεια τεχνητών μελών, ορθοπεδικών μηχανημάτων και λοιπών βοηθητικών μέσων, ανά διετία. Για τα παραπάνω αποδίδεται το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά από τον πίνακα τιμών και ορθοπεδικών ειδών του ΕΙΑΑ και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και μέχρι του ανωτέρω ποσού. Για όσα είδη δεν περιλαμβάνονται

στην ανωτέρω Υπουργική Απόφαση ο ασφαλισμένος συμμετέχει με ποσοστό 50% και το Ταμείο δεν καταβάλλει πλέον του ποσού των 400.000 δρχ.

3. Παρέχεται ατομική πίστωση μέχρι 100.000 δρχ. για προμήθεια ακουστικού μηχανήματος στους ασφαλισμένους που πάσχουν από βαρυκοΐα κάθε 3 χρόνια. Η επισκευή επιβαρύνει τον ίδιο τον ασφαλισμένο. Ειδικά για ασφαλισμένα τέκνα μέχρι 20 ετών το Ταμείο αποδίδει μέχρι 200.000 δρχ. ανά διετία.

4. Παρέχεται ατομική πίστωση στα μέλη μέχρι 70.000 δρχ. για αγορά τεχνητού μαστού μετά από μαστεκτομή.

5. Παρέχεται εφάπαξ πίστωση 50.000 δρχ. στους ασφαλισμένους, για την προμήθεια περρούκας μετά από πτώση του τριχωτού της κεφαλής εξ' αιτίας χημειοθεραπείας ή παθολογικής αιτίας.

6. Το Ταμείο χορηγεί το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό με συμμετοχή των ασφαλισμένων 25% και μέχρι του ποσού των 300.000 δρχ.

Στους χρονίως πάσχοντες χορηγείται δωρεάν το παρακάτω ειδικό υγειονομικό υλικό : καθετήρες ουρήθρας, ουροσυλλέκτες, υλικά παρά φύσει στομίων και παρακολουθημάτων τους, υλικά αποσιδήρωσης και τραχειοσωλήνες.

Στους παραπληγικούς, τετραπληγικούς, νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία αποκατάστασης ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρών δεν υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη αγοράς του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού που έχουν ανάγκη.

7. Το Ταμείο χορηγεί σύριγγες ινσουλίνης και ταινίες μετρήσεως του σάκχαρου με συμμετοχή 50% στη δαπάνη αγοράς τους. Συσκευές μέτρησης σακχάρου χορηγούνται στα παιδιά που πάσχουν από σαγχαρώδη διαβήτη και στους ενήλικες ινσουλινοεξαρτώμενους. Σε αυτή την περίπτωση, καταβάλλεται το 50% της δαπάνης αγοράς τους και μέχρι 40.000 δρχ.

8. Καταβάλλεται ολόκληρη η δαπάνη των εξαρτημάτων οξυγονοθεραπείας ως και η δαπάνη αναγόμωσης της φιάλης και τα έξοδα μεταφοράς της. Η συσκευή παραδίδεται στο Ταμείο όταν δεν την χρειάζεται ο ασθενής.

9. Σε περίπτωση μόνιμης ή παροδικής κατακλίσεως του ασφαλισμένου, το Ταμείο καταβάλλει το 100% της δαπάνης αγοράς ή μίσθωσης αεροστρώματος κατακλίσεως και μέχρι του ποσού των 100.000 δρχ. για την περίπτωση της αγοράς ή 5.000 δρχ. την ημέρα σε περίπτωση μισθώσεως και μέχρι 20 ημέρες κατ' ανώτατο όριο.

10. Για ρυθμιζόμενη συσκευή υποδόριας έγχυσης για την αποσιδήρωση του οργανισμού των πασχόντων από μεσογειακή αναιμία, καταβάλλεται το 100% της δαπάνης.

11. Οσα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα δεν προβλέπονται από τις προηγούμενες παραγράφους χορηγούνται από το Ταμείο με γνωμάτευση ιατρού, Δ/ντή κρατικού νοσοκομείου της ειδικότητας της πάθησης και ύστερα από έγκριση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου. Το Ταμείο συμμετέχει με ποσοστό 50% και μέχρι τις 500.000 δρχ.

12. Ολα τα ποσά και ποσοστά που αναφέρονται στο παρόν άρθρο αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

### Άρθρο 11
### Μαιευτική περίθαλψη

#### Α. Βοήθημα τοκετού

1. Στις άμεσα ασφαλισμένες γυναίκες δικηγόρους και ασκούμενες καθώς και στις συζύγους των δικηγόρων εφ' όσον δεν είναι ασφαλισμένες σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό χορηγούνται έξοδα φυσιολογικού τοκετού ύστερα από την προσκόμιση ληξιαρχικής πράξης γέννησης του παιδιού και υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86 ότι δεν δικαιούται έξοδα τοκετού από άλλο Ταμείο ή Οργανισμό.

Το ποσό του βοηθήματος τοκετού που καταβάλλει το Ταμείο ανέρχεται στις 200.000 δραχμές και σε περίπτωση γεννήσεως διδύμων το ποσό αυξάνεται κατά 50% και τριδύμων κατά 100%.

2. Σε περίπτωση καισαρικής τομής, το Ταμείο καταβάλλει βοήθημα τοκετού 100.000 δρχ. και επιπλέον την δαπάνη νοσηλείας της ασφαλισμένης βάσει κρατικού τιμολογίου αφού προσκομίσει βεβαίωση του μαιευτηρίου εντός 30 ημερών από την έξοδό της ότι πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή μαζί με τις πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής των δαπανών.

3. Στις παραπάνω δαπάνες δεν περιλαμβάνονται ιατρικές επισκέψεις για την παρακολούθηση της υγείας της εγκύου ή της λεχού οι οποίες καταβάλλονται σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο.

#### Β. Επίδομα κύησης και λοχείας

1. Το Ταμείο χορηγεί επίδομα κύησης και λοχείας στις γυναίκες δικηγόρους και στις ασκούμενες που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα.

Το επίδομα καταβάλλεται κατόπιν αίτησης της δικαιούχου εντός 4 μηνών από τον τοκετό, υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86 ότι δεν κατέχει έμμισθη θέση και ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού.

Το ποσό του επιδόματος κύησης και λοχείας ανέρχεται στις 120.000 δραχμές, πριν από τον τοκετό και στις 120.000 μετά τον τοκετό.

2. Σε περίπτωση ανωμάλου κυήσεως το Ταμείο καταβάλλει στις άμεσα ασφαλισμένες δικηγόρους και ασκούμενες δικηγόρους, ελεύθερους επαγγελματίες εφόσον παραμείνουν εντός νοσηλευτικού ιδρύματος, επίδομα, το ποσό του οποίου ανέρχεται ημερησίως στις 4.000 δρχ. και για όσο διάστημα παραμείνει η ασφαλισμένη στο νοσοκομείο.

3. Ολα τα ποσά των βοηθημάτων και επιδομάτων του παρόντος άρθρου αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

### Άρθρο 12
### Επίδομα Ασθένειας

Το Ταμείο χορηγεί επίδομα ασθένειας στους άμεσα ασφαλισμένους εν ενεργεία δικηγόρους και ασκούμενους οι οποίοι λόγω αποδεδειγμένης και ιατρικά βεβαιωμένης βλάβης του σώματος, αδυνατούν να ασκήσουν τα καθήκοντα του λειτουργήματός τους.

Επίδομα ασθένειας δεν καταβάλλεται στους δικαιοδόχους λόγω θανάτου, ακόμη και όταν η αίτηση για χορήγηση επιδόματος έχει υποβληθεί πριν το θάνατο του άμεσα ασφαλισμένου.

Το επίδομα ασθένειας, ανέρχεται :

1) Για μεν τους έγγαμους δικηγόρους σε 4.000 δρχ. την ημέρα και για τους άγαμους σε 3.000 δρχ. την ημέρα, εφόσον αυτοί νοσηλεύονται σε θεραπευτήριο.

2) Για τους έγγαμους δικηγόρους σε 3.000 δρχ. την ημέρα και για τους άγαμους σε 2.000 δρχ. την ημέρα, εφόσον νοσηλεύονται στο σπίτι.

Ανώτατο όριο επιδότησης για κάθε χρόνο είναι μέχρι 3 μήνες. Εξαιρούνται οι χρόνια πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που έχουν ανάγκη αιμοκάθαρσης και τεχνικής υποστήριξης, στους οποίους χορηγείται το πιο πάνω επίδομα ασθενείας για όσες ημέρες υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Προϋπόθεση για τη χορήγηση επιδόματος ασθενείας, είναι :

1. Για όσους παραμένουν κλινήρεις στο σπίτι, να έχουν περάσει 10 ημέρες από την αποχή των καθηκόντων τους. Το επίδομα καταβάλλεται και για τις ημέρες αυτές.

Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, καταβάλλεται από την πρώτη ημέρα νοσηλείας.

2. Αιτιολογημένη γνωμάτευση γιατρού του Ταμείου της ειδικότητας της πάθησης του ασφαλισμένου και έγκριση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Ταμείου από την οποία να προκύπτει ότι η πάθηση είναι τέτοια που δεν επιτρέπει την άσκηση της δικηγορίας.

3. Να μην παίρνει ο ασθενής πάγια αντιμισθία, χορηγία ή σύνταξη.

4. Αναγγελία στην Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου εντός 10 ημερών από την νοσηλεία σε νοσοκομείο ή στο σπίτι για να διαπιστωθεί από γιατρό του Ταμείου η ασθένεια.

Σε περίπτωση μη έγκαιρης ειδοποίησης, το επίδομα καταβάλλεται μόνο από την ημέρα της αναγγελίας.

Όλα τα ποσά των επιδομάτων του παρόντος άρθρου αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

Άρθρο 13
Ειδική Περίθαλψη

Το Ταμείο καλύπτει το 80% της δαπάνης για την σε εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία, άσυλα, ιδρύματα ή οιουδήποτε χαρακτηρισμού θεραπευτήρια, αγωγή με ειδική εκπαίδευση ή επιμέλεια ή περίθαλψη των σωματικά ή νοητικά αναπήρων ή δυσπροσαρμόστων παιδιών ασφαλισμένων σύμφωνα με το σχετικό τιμολόγιο για νοσήλια-τροφεία, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.861/79 (Α 2) και του άρθρου 22 του ν.997/1979 (Α 287).

Για να χορηγηθεί στον ασφαλισμένο η ανωτέρω δαπάνη απαιτείται απόφαση της Υγειονομικής Επιτροπής του Ταμείου, από την οποία να προκύπτει ότι το παιδί πάσχει από βαριά σωματική ή νοητική αναπηρία ή δυσπροσαρμοστικότητα ή ψυχοσωματική αναπηρία.

Άρθρο 14
Παιδικές Κατασκηνώσεις

Το Ταμείο εγκρίνει την αποστολή παιδιών σε παιδικές κατασκηνώσεις, οι οποίες απέχουν μέχρι 120 χιλιόμετρα από την Αθήνα. Οι κατασκηνώσεις στις οποίες μπορούν να δηλώσουν συμμετοχή οι ασφαλισμένοι με ελεύθερη επιλογή τους είναι όσες εγκρίνονται από το Δ.Σ. του Ταμείου κάθε χρόνο.

Δικαίωμα συμμετοχής στην κατασκήνωση έχουν τα ασφαλισμέναν παιδιά ηλικίας από 6 μέχρι και 14 ετών. Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του 14ου έτους θεωρείται η 31η Δεκεμβρίου κάθε έτους.

Η κατασκηνωτική περίοδος χωρίζεται σε τρείς περιόδους των 22 ημερών. Το ύψος του ημερήσιου τροφείου που καταβάλλει το Ταμείο για κάθε κατασκηνωτή καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.

Η συνολική δαπάνη για κατασκηνώσεις, εγκρίνεται κάθε χρόνο με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το Ταμείο καταβάλλει το ημερήσιο τροφείο για τις ημέρες εκείνες που τα παιδιά παραμένουν στην κατασκήνωση και μέχρι 22 ημέρες κατ' ανώτατο όριο.

Οι ασφαλισμένοι-γονείς υποβάλλουν δήλωση συμμετοχής, το αργότερο 10 εργάσιμες ημέρες πριν από την έναρξη της κατασκηνωτικής περιόδου δηλώνοντας την κατασκήνωση και την κατασκηνωτική περίοδο που επιθυμούν να συμμετάσχουν, ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος της κατασκήνωσης. Επίσης υποχρεούνται να ειδοποιούν αμέσως το Ταμείο για κάθε τυχόν μεταβολή.

Άρθρο 15
Βρεφονηπιακοί Σταθμοί

Το Ταμείο χορηγεί επίδομα για την παραμονή παιδιών ασφαλισμένων σε βρεφονηπιακούς σταθμούς. Το ποσό του επιδόματος καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και καταβάλλεται μέχρι ένδεκα μήνες το έτος.

Δικαιούχοι του επιδόματος είναι οι άμεσα ασφαλισμένες γυναίκες δικηγόροι και οι γυναίκες ασκούμενοι δικηγόροι, που έχουν παιδιά ηλικίας από 1 μέχρι 5 ετών, είναι ασφαλισμένα στο Ταμείο και δεν δικαιούνται σχετικού επιδόματος από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Για την έγκριση της δαπάνης, απαιτείται :

α) αίτηση της δικαιούχου,

β) απόδειξη πληρωμής του βρεφονηπιακού σταθμού και

γ) υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86, στην οποία να δηλώνεται ότι δεν καταβάλλεται σχετικό επίδομα από άλλη πηγή, καθώς και ότι το παιδί παρέμεινε στον παιδικό σταθμό ολόκληρο το αιτούμενο χρονικό διάστημα.

Άρθρο 16
Εξοδα Κηδείας

Το Ταμείο καταβάλλει έξοδα κηδείας στον επιμεληθέντα της κηδείας σε περίπτωση θανάτου εν ενεργεία δικηγόρου και των μελών της οικογενείας του.

Το ποσό των εξόδων κηδείας ανέρχεται σε 250.000 δρχ. για τους άμεσα ασφαλισμένους δικηγόρους και σε 150.000 δραχ. για τα ασφαλισμένα μέλη της οικογενείας τους.

Για την έγκριση της πιο πάνω δαπάνης απαιτείται αίτηση του δικαιούχου συνοδευόμενη από ληξιαρχική πράξη θανάτου, υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούται από άλλο ασφαλιστικό Ταμείο έξοδα κηδείας και αναλυτικό εξοφλητικό λογαριασμό του γραφείου κηδειών.

Ειδικά όσον αφορά τον θάνατο γονέα ή αδελφού, απαιτείται ο τελευταίος να είναι ασφαλισμένος στο Ταμείο έναν τουλάχιστο χρόνο πριν από το θάνατό του.

Σε περίπτωση θανάτου του εν ενεργεία δικηγόρου στο εξωτερικό το Ταμείο καταβάλλει έξοδα ταριχεύσεως και μεταφοράς της σορού μέχρι του ποσού των 200.000 δρχ., κατόπιν προσκομίσεως δικαιολογητικών επίσημα μεταφρασμένων και θεωρημένων.

Όλα τα χρηματικά ποσά του παρόντος άρθρου αναπροσαρμόζονται κάθε φορά με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από οικονομική έκθεση που συντάσσεται από την αρμόδια υπηρεσία της Γ.Γ.Κ.Α.

Στον Υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.-

Αθήνα, 28 Μαΐου 1998

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**ΝΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ**

**ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**